

6) 第1 頁所述任何人士是否曾與在身心上對其施虐者在一起生活？

否 _____ 是 _____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。

7) 第1 頁所述任何人士是否懷孕？

否 _____ 是 _____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。

8) 第1 頁所述任何人士是否患有緊急病況？

否 _____ 是 _____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。



請寄來證據--寄來您有的任何證件或文件。我們將告知您您是否仍然符合社會和健康服務部的醫療保險資格！我們不會與移民局分享您寄給我們的資訊。請用郵資已付的信封，儘快或在2002 年9 月10 日之前將這些問題和您有的任何文件寄回。謝謝您！

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia WA 98504-5534



重要須知：即使您有文件，我們需要確定您是否仍然合格。您仍應申請 Basic Health 基本健康計劃)。如果我們告知您您可繼續獲得社會和健康服務部補助券，您可停止申請Basic Health(基本健康計劃)。

您是否已申請Basic Health ? 如果您尚未申請，且我們發現您的某些家庭成員不符合社會和健康服務部醫療保險資格，您是否願意申請Basic Health ?

是

否

3

如果您有任何疑問，請致電您當地的社區服務處(CSO)。如果您不知道電話號碼，請電
1-800-562-3022



您的家庭的 健康護理 可能會改變！

重要須知！
請填寫並在 2002
年 9 月 10
日之前寄還！



社會和健康服務部曾在6月初寄給您一封信，說明您或您的一名家庭成員可能會在2002年9月30日喪失社會和健康服務部醫療保險(補助券)。我們希望瞭解您是否能夠繼續領取社會和健康服務部補助券。

我們現有的有關您和您的家庭的資訊使我們認為，您不符合任何其他醫療計劃的資格。為了檢查並確定這是否屬實，我們需要更多的資訊。請回答(第2和第3頁上)有關下列每個人士的問題。

註：如果您需要幫助，請致電或將本表攜至您當地的社區服務處。(社區服務處有時被稱為福利處。)

問題

若有關第1頁上所述人士的任何屬實，請寫下此人姓名。即使您已將有關資訊交給您的社區服務處(福利處)，亦請務必包括該資訊。請寄來您有的任何證件或文件的副本。

1) 第1頁上所述任何人士是否有移民證件或文件？

否 _____ 是 _____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。請包括首次獲得該移民身份的日期。

2) 第1頁上所述任何人士是否為在美國或美國領地(美屬處女島、波多黎各、關島、美屬薩摩阿、斯萬島及北馬里亞納島)出生？

否 _____ 是 _____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。

3) 第1頁上所述任何人士的父母之一或雙親是否已成為美國公民？

否 _____ 是 _____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。

4) 第1頁上所述任何人士是否從1996年8月22日之前曾在美國生活？

否 _____ 是 _____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。(無論此人來美時是否有證件或護照。)

5) 第1頁上所述任何人士(或其配偶或父母之一)是否曾在美國武裝部隊中服役？

否 _____ 是 _____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。

6) 第1 頁所述任何人士是否曾與在身心上對其施虐者在一起生活？

否 _____ 是 _____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。

7) 第1 頁所述任何人士是否懷孕？

否 _____ 是 _____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。

8) 第1 頁所述任何人士是否患有緊急病況？

否 _____ 是 _____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。



請寄來證據--寄來您有的任何證件或文件。我們將告知您您是否仍然符合社會和健康服務部的醫療保險資格！我們不會與移民局分享您寄給我們的資訊。請用郵資已付的信封，儘快或在2002 年9 月10 日之前將這些問題和您有的任何文件寄回。謝謝您！

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia WA 98504-5534



重要須知：即使您有文件，我們需要確定您是否仍然合格。您仍應申請 Basic Health 基本健康計劃)。如果我們告知您您可繼續獲得社會和健康服務部補助券，您可停止申請Basic Health(基本健康計劃)。

您是否已申請Basic Health ? 如果您尚未申請，且我們發現您的某些家庭成員不符合社會和健康服務部醫療保險資格，您是否願意申請Basic Health ?

是

否

3

如果您有任何疑問，請致電您當地的社區服務處(CSO)。如果您不知道電話號碼，請電
1-800-562-3022



您的家庭的健康護理可能會改變！

重要須知！
請填寫並在 2002
年 9 月 10
日之前寄還！



社會和健康服務部曾在6月初寄給您一封信，說明您或您的一名家庭成員可能會在2002年9月30日喪失社會和健康服務部醫療保險(補助券)。我們希望瞭解您是否能夠繼續領取社會和健康服務部補助券。

我們現有的有關您和您的家庭的資訊使我們認為，您不符合任何其他醫療計劃的資格。為了檢查並確定這是否屬實，我們需要更多的資訊。請回答(第2和第3頁上)有關下列每個人士的問題。

註：如果您需要幫助，請致電或將本表攜至您當地的社區服務處。(社區服務處有時被稱為福利處。)

問題

若有關第1頁上所述人士的任何屬實，請寫下此人姓名。即使您已將有關資訊交給您的社區服務處(福利處)，亦請務必包括該資訊。請寄來您有的任何證件或文件的副本。

1) 第1頁上所述任何人士是否有移民證件或文件？

否____ 是____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。請包括首次獲得該移民身份的日期。

2) 第1頁上所述任何人士是否從1996年8月22日之前曾在美國生活？

否____ 是____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。(無論此人來美時是否有證件或護照。)

3) 第1頁上所述任何家庭成員是否為美國公民？

否____ 是____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。

4) 第1頁上未列述的任何家庭成員是否為美國公民？

否____ 是____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。

5) 第1頁所述任何人士是否曾與在身心上對其施虐者在一起生活？

否____ 是____ 如果是，請寫下該家庭成員的姓名。

他們是否曾申請移民證件？否____ 是____

移民身份和現有醫療保險

您已收到通知，說明您的醫療保險將終止。如果您在下述第1 或第2 群體中，請洽您當地的社區服務處 (CSO 或福利處)，將您的文件副本交給他們，以保住您的醫療保險！如果您不在第1 或第2 群體中，請務必填寫基本健康計劃申請。

第1 群體

如果您的移民身份為下列之一，您可保住您的社會和健康服務部醫療保險(不論您於何時來美)如果您在下述第1 或第2 群體中，請



- 美國公民(包括公民的合法永久居民子女)和國民(在美屬薩摩阿、斯萬島出生者及北馬里亞納島居民)
- 申請庇護者
- 難民
- 獲准暫停遞解或暫停驅逐者
- 從古巴或海地入境者
- 非公民加拿大出生美洲印地安人

註：如果您是申請庇護者、難民或從古巴或海地入境者，即使您已成為合法永久居民，您仍可保住您的醫療保險。

第2 和第3 群體見背面

移民身份和現有醫療保險 (續)

第2 群體

如果您的身份屬於以下類別之一，且您在1996 年8 月22 日之前抵達美國，您仍可保住您的醫療保險。(無論您來美時是否有證件或護照。)

- 合法永久居民
- 獲准臨時居住至少一年(公共利益臨時居住者)
- 已提交某些移民申請且為家庭暴力受害者(及其子女)
- 有條件入境者(對1980 年以前的難民的分類，因此，所有人均在1996 年8 月22日之前入境)



註：如果您屬於任何此類群體，並亦是美國武裝部隊成員或退伍軍人(包括配偶及未婚受撫養子女)，您可保住您的醫療保險，而無論您是何時入境。

此外：如果您是在1996 年8 月22 日之前或之後抵達美國，您可在獲得現有身份五年之後保住您的醫療保險。

第3 群體。

第3 群體。如果您沒有第2 或3 群體所列身份—例如，您沒有證明文件—在9 月30 日之後，您不會有社會和健康服務部醫療保險。請申請基本健康計劃，但是亦請告知福利處您屬於以下類別之一：



- 懷孕
- 醫療急診
- 無行為能力